

THÈSE

321

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yvonne MIROUX

Née le 5 Mars 1907, à Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise)

CONTRIBUTION à L'ETUDE de certains Cancers du Cavum et de leurs complications oculaires

TRAVAIL DU LABORATOIRE D'OPHTALMOLOGIE DES QUINZE-VINGTS
DE M. LE DOCTEUR H. TILLÉ

Président : M. VELTER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MEDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1941.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yvonne MIROUX

Née le 5 Mars 1907, à Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise)

CONTRIBUTION à L'ETUDE de certains Cancers du Cavum et de leurs complications oculaires

TRAVAIL DU LABORATOIRE D'OPHTALMOLOGIE DES QUINZE-VINGTS
DE M. LE DOCTEUR H. TILLÉ

Président : M. VELTER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MEDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ECOLE-DE-MÉDECINE

1941

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	FIESSINGER.
»	ABRAMI.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoulLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Glovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIÉ.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
BESANÇON (Justin) .	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROQUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY.....	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.	MENÉGAUX	Pathologie chirurgic.
DELARUE	Anat. pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgic.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT-DUTAILLIS ...	Pathologie chirurgic.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgic.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	SICARD	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.		
PIEDELIEVRE	Médecine légale.	HUGUENIN	Anat. pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique Médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BRULE		BROCC	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER		DE GAUDART D'ALLAINES	
DONZELOT		LEVEUF	
LAROCHE (Guy) ...		MOULONGUET	} Clinique Obstétricale.
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SÉZARY		ECALLE	
DUVOIR		METZGER	
GASTINEL		PORTES	
		VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*Qui nous est un exemple de ferme volonté
et de bonté. Qu'elle trouve ici le té-
moignage de notre profonde affection
et de notre reconnaissance.*

A MON PÈRE

Ancien Interne en Pharmacie des Hôpitaux de Paris

En témoignage de notre amour filial.

A MON MARI

LE DOCTEUR MIROUX

Ancien Assistant des Quinze-Vingts

ET

A MES FILS

MICHEL ET JEAN-PIERRE

Avec toute notre tendresse.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES

Avec toute notre affection.

A MON PARRAIN
LE DOCTEUR E. BRISSAUD

A MES ONCLES
LES DOCTEURS LOUIS DOURNEL,
ARTHUR ET JOSEPH AUREGAN

AU DOCTEUR P. CORLAY
Ancien Assistant des Quinze-Vingts

A M. JEAN AUREGAN
Interne des Hôpitaux de Paris

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR VELTER

*Qui nous a fait l'honneur de présider
cette thèse, après avoir guidé nos pre-
miers pas en ophtalmologie.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde gratitude.*

A M. le Docteur PAUL BAILLIARD

Ophtalmologiste des Quinze-Vingts

*En témoignage de notre admiration et
de notre reconnaissance pour les an-
nées, riches d'enseignement, passées
dans son service.*

A Mme le Docteur SCHIFF-WERTHEIMER

Ophtalmologiste des Quinze-Vingts

Avec notre respectueuse reconnaissance.

A M. le Docteur H. TILLÉ

Médecin-Chef du Laboratoire
Ancien Chef de Clinique des Quinze-Vingts
Ancien Assistant d'Ophtalmologie
et d'Oto-Rhino-Laryngologie des Hôpitaux

*Il nous a fourni la matière de ce travail
et n'a cessé de nous aider dans sa ré-
daction.*

*Nous l'assurons de notre plus vive recon-
naissance.*

A M. le Docteur A. ROLLIN

Ancien Chef de Clinique des Quinze-Vingts

*Avec nos vifs remerciements pour ses
conseils, et l'intérêt bienveillant qu'il
nous a toujours manifesté.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*)

M. le Professeur HARTMANN

M. le Professeur LAUBRY

M. le Docteur MILHIT

M. le Docteur METZGER

M. le Docteur BOLLACK

A MES CONFÉRENCIERS

M. le Docteur SOULIÉ

M. le Docteur DREYFUS LE FOYER

Qu'ils veuillent bien trouver ici nos remerciements pour le précieux enseignement qu'ils nous ont prodigué.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'étudier un cas de sarcome du cavum (H. Tillé et Y. Miroux, « *A propos d'un cas de cancer du cavum, essai de classification histologique et clinique des tumeurs malignes du cavum* », Société d'ophtalmologie de Paris, Mai 1939), nous avons pensé qu'il était utile dans ce travail, inspiré par le Docteur Tillé, de préciser les circonstances cliniques d'apparition des tumeurs infiltrantes et métastatiques du cavum (non compris certaines tumeurs telles que les fibromes naso-pharyngiens, anatomiquement bénignes) leurs propagations, spécialement au niveau de la région oculaire, leur évolution et leur pronostic en rapport avec leur classification histologique.

Il est très rare que la première manifestation d'un néoplasme du cavum soit rattachée à sa véritable cause ; cette manifestation étant le plus souvent, soit un symptôme oculaire, soit une paralysie oculo-motrice, du VI, du III, du IV, soit une atteinte du V au niveau de la fente sphénoïdale, soit une atteinte du nerf optique, soit enfin certains symptô-

mes naso-pharyngiens ou auriculaires, etc... ; et si l'on étudie les différentes observations rapportées dans la littérature ophtalmologique ou oto-rhino-laryngologiques, on s'aperçoit que presque tous les malades ont été traités pendant plusieurs semaines, parfois plusieurs mois, pour une névrite optique, une exophtalmie, une paralysie oculo-motrice dite syphilitique, avant que le diagnostic véritable ait été porté.

Il en est ainsi de notre observation personnelle ; notre malade fut traité par plusieurs séries de mercure et de bismuth, il présentait une atteinte du VI, du III, du V et du nerf optique, présumée syphilitique du fait de la concomitance d'une syphilis ancienne.

Il subit en province une intervention pour adénopathie cervicale ; plusieurs épistaxis très graves, à répétition, firent enfin soupçonner le diagnostic de tumeur du cavum, diagnostic confirmé par la rhinoscopie antérieure et postérieure, la radiographie et par l'examen histologique de la biopsie du cavum.

C'est dire l'importance de préciser la fréquence d'une telle étiologie.

On n'y pense jamais, répétons-le, au cours de l'histoire clinique d'un très grand nombre d'affections oculaires ; celles-ci sont le plus souvent rappor-

tées à leurs causes classiques les plus habituelles, syphilis, tuberculose, infections à virus filtrants, sclérose en plaques, hypertension intracranienne, etc... le pronostic et le traitement d'une tumeur du cavum sont évidemment tout différents et malheureusement défavorables.

Cependant, certaines tumeurs très radio-sensibles, et nous essayerons de préciser dans ce travail la fréquence de ces formes histologiques, sont très favorablement influencées, elles « fondent » par la radiothérapie ; telles sont certaines tumeurs de la série lymphoïde (lympho-épithéliomes, lymphomes et lymphocytomes surtout).

Dans tous les cas, il est nécessaire de mettre au plus tôt le traitement en œuvre, soit traitement chirurgical, exérèse après rhinotomie para-latéronasale homolatérale ou par voie d'abord transfaciale hétéro-latérale, et introduction d'aiguilles de radium maintenues in situ ; la radiothérapie seule étant, répétons-le, réservée à certains cas radiosensibles. Il faut insister, et c'est là une notion capitale chaque fois qu'il s'agit de cancer, sur la nécessité du traitement précoce, avant que des complications définitives ne surviennent ou que l'extension du néoplasme n'ait irrémédiablement mis la vie du malade en danger.

HISTORIQUE

Les tumeurs du cavum ont été surtout très étudiées depuis vingt ans, et nous voulons en rappeler l'historique depuis cette date et spécialement depuis la thèse de Nectoux en 1921 ; leurs complications oculaires sont considérées comme un épiphénomène banal au cours de leur évolution, leur classification histologique est encore loin actuellement d'être parfaite.

Citons les travaux de Citelli en Italie, de Compaired en Espagne, ceux de Tilley et Trotter, sur lesquels nous reviendrons plus loin, puis de Woltmann en 1922 en Angleterre ; Gardham, en 1929, décrit un cancer du naso-pharynx né au voisinage de la trompe d'Eustache, à peine ulcéré, avec extension rapide en particulier dans le domaine du trijumeau dont il n'atteint que les branches moyenne et inférieure avec douleurs dentaires, anesthésie cornéenne, paralysie de la mastication du côté de la tumeur et du VI plus tardivement.

En France, la thèse de Nectoux, inspirée par Jacod (1921 ; de Baranger (1926) ; Bertoin (1929) et

Lhez (1932) décrivent quatre principales formes de début, auriculaire, ganglionnaire, nasale, nerveuse. La forme nerveuse s'accompagne d'otalgie, de céphalée et d'une atteinte du trijumeau ; elle simule parfois d'emblée une tumeur intra-cranienne avec atteinte des nerfs oculo-moteurs, du nerf optique, du trijumeau.

En 1927, Garcin, dans sa thèse sur le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens rappelle plusieurs cas dont trois nous paraissent spécialement intéressants. Il s'agit de trois tumeurs à point de départ rhino-pharyngé et qui déterminent toutes les trois des paralysies oculo-motrices.

Dans le cas de Worms et Delater, la tumeur avait détruit l'hypophyse sans provoquer de syndrome clinique hypophysaire, mais lésions de toutes les paires craniennes du même côté, stase papillaire homolatérale, ptosis hétérolatéral.

Dans le cas de Lyonnet et Regaud il existait une atteinte des nerfs craniens II, III, IV, V, VI, VII, IX, XII à gauche, enfin dans celui de Jumentié des V, VI, VII, VIII, IX, X, XI gauches.

En 1938, Hautant rappelle les conclusions des études de Jérôme Hanser, Durwim Hall, Brownell, au sujet des cancers de naso-pharynx observés dans les dix dernières années à l'université médicale de Michigan. Ces auteurs rapportent 48 cas débutant

soit par une adénite cervicale haute, soit par une obstruction nasale, soit enfin une atteinte du VI, du V, du IX.

Les néoplasmes implantés sur la paroi latérale du cavum ont donné lieu à de nombreux travaux.

Jacod, dans différentes communications et dans la thèse de Nectoux, insiste sur les voies de propagation de ces tumeurs et décrit le syndrome pétro-sphénoïdal.

Worms et Tillé (Traité d'ophtalmologie, Masson, 1939) font une étude d'ensemble récente des cancers du cavum ; Tillé et Y. Miroux (S.O.P., 1941), insistent sur la classification anatomique et surtout histologique des différentes tumeurs du cavum : épithéliomas, sarcomes, lympho-épithéliomes de Regaud, tumeurs diverses, sur leur description clinique et leur pronostic spéciaux.

Les auteurs anglais ont étudié spécialement les tumeurs de la trompe d'Eustache, distinguant les néoplasmes prétubaires et pérítubaires ; les néoplasmes tubaires proprement dits naissent à l'intérieur du système aponévrotique, engainant la trompe, évoluent en arrière vers la pointe du rocher provoquant un véritable syndrome de Gradenigo cancéreux. Les néoplasmes prétubaires ou endothéliomes pérítubaires des auteurs Anglais sont souvent confondus avec les premiers du fait d'un symptôme fréquent au dé-

but, l'hypoacousie, mais s'en distinguent par leur évolution antérieure vers la face.

Pour Law et Trotter, ces endothéliomes sont caractérisés cliniquement par la triade :

surdité à type de transmission (oreille moyenne);
névralgie de la cinquième paire trigéminal; ;
paralysie du voile.

Ces « endothéliomes » des auteurs anglais semblent donc débiter en avant de la trompe, à l'union du sillon prétubaire et du voile ; Gardham insiste sur le fait que pour lui jamais ces tumeurs n'aboutiraient à la pointe du rocher.

Jacod, répétons-le, montre que ces cancers envahissent le crâne par trois voies de pénétration, constituant les trois syndromes orbitaire, hypophyso-sphénoïdal, pétro-sphénoïdal, sur lesquels nous insisterons par ailleurs.

Il ressort enfin de l'étude de la littérature, dans son ensemble, que les observations de tumeurs du cavum deviennent de plus en plus fréquentes ; on le doit sans aucun doute à une symptomatologie maintenant mieux définie et surtout au perfectionnement des méthodes d'éclairage et d'investigation du cavum (examen sous releveur du voile, salpingoscopie, radiographies en position de Hirtz).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET HISTOLOGIE

Nous avons retrouvé dans la littérature une centaine de cas de tumeurs du cavum ayant présenté des complications orbitaires et qui semblent, par leur fréquence, se classer comme suit :

- a) les sarcomes : lympho-sarcomes et fibro-sarcomes ;
- b) les épithéliomas, dont il faut individualiser avec Regaud et son école les lympho-épithéliomes ;
- c) les formes histologiques diverses : adénocarcinomes, chondromes, cylindromes, rhabdomyomes, dont nous n'avons trouvé que quelques cas isolés.

1) Les tumeurs conjonctives : fréquemment sarcome fibroblastique, parfois sarcome à petites cellules rondes qui semble décrit dans certains cas par les Anglais sous le nom d'endothéliomes, s'observent à tout âge ; le point de départ est le plus souvent latéral et tubaire ; c'est une tumeur lisse, régulière, non ulcérée, sans adénopathie, au moins au

début ; elle emplit le cavum, fuse le long de la trompe vers l'oreille et la base du crâne et évolue très rapidement.

Il existe une forme à implantation antérieure, choanale, soit sur le bord postérieur du vomer, soit sur le bord supérieur du cadre choanal, évoluant à la manière d'un fibrome naso-pharyngien, à implantation choanale non pédiculée.

2) Les lymphocytomes se développent aux dépens du tissu amygdalien, particulièrement du groupe dit amygdale de Luschka ou de Gerlach, donc à point de départ et à évolution supérieurs sur la voûte du cavum. Cette variété est fréquente chez les jeunes, et ressemble cliniquement aux végétations adénoïdes. Les ganglions sont précoces et bilatéraux, les chaînes médiastines, axillaires et mésentériques sont envahies de bonne heure. La cachexie survient très rapidement en quelques mois. Histologiquement ils sont semblables aux lymphocytomes amygdaliens avec hyperplasie cancéreuse des éléments lymphoïdes, lymphocytes et lymphoblastes, activité cellulaire intense, mais il s'agit d'une forme particulièrement radio-sensible.

3) L'épithélioma est également fréquent ; il survient après 40 ans, il siège dans la région choanale ou tubaire, il s'agit là d'une tumeur à base très

indurée, saignant facilement, l'adénopathie est précoce, les ganglions durs, volumineux, les métastases sont rares. L'évolution est rapidement envahissante, en un an environ.

Histologiquement, c'est un épithélioma de la série malpighienne soit du type cutané (spino-cellulaire) à évolution épidermique complète, soit du type des muqueuses (parakératosiques) soit baso-cellulaire, soit plus rarement épithélioma cylindrique, soit enfin formes mixtes où l'on rencontre des boyaux de cellules basales, des globes parakératosiques et des globes cornés.

4) Regaud et son école ont montré la fréquence du lympho-épithéliome développé aux dépens du tissu adénoïde lui-même ; à adénopathie précoce, peu indurée, à métastases fréquentes (sanguines, osseuses ou viscérales) ; macroscopiquement, petite tumeur identique à un reliquat de végétations adénoïdes, tumeur molle mais souvent ulcérée sur une de ses faces.

Histologiquement elle est formée de cordons épithéliaux à cellules indifférenciées sans évolution épidermoïde, mais où l'on rencontre des cellules épithéliales et de nombreux lymphocytes.

ETUDE CLINIQUE

ETUDE CLINIQUE A LA PÉRIODE DE DÉBUT

Le mode de début est extrêmement variable suivant le point d'implantation de la tumeur, sa forme histologique (voir le chapitre précédent) et sa forme anatomique— forme à implantation latérale, à implantation de la voûte, à implantation antérieure ou choanale, à implantation postérieure, et nous avons déjà insisté dans un récent travail sur cette description clinique des différentes formes anatomo-histologiques (S.O.P., 1941, H. Tillé et Y. Miroux).

I

La forme à point de départ latéro-cavaire

Elle comprend une majorité de sarcomes, parfois d'épithéliomas, cancers du pavillon tubaire, les cancers tubaires à début fréquemment auriculaire et nerveux et qui évoluent vers le carrefour

péto-sphénoïdal par la trompe d'Eustache et la pointe du rocher.

Le malade présente au début des signes de catarrhe tubaire avec surdité de transmission, bourdonnements du côté de la tumeur ; à l'otoscopie : catarrhe tubaire avec tympan enfoncé, peu mobile, épaissi, et surtout catarrhe tubaire non amélioré par le cathétérisme. Celui-ci provoque parfois une épistaxis.

La forme à début névralgique est caractérisée, pour Aboulker, par une otalgie sine matéria tenace, persistante, sans signes otoscopiques ; parfois par une céphalée frontale, occipitale ou orbitaire. La tumeur envahit la fosse ptérygoïdienne, la trompe, le carrefour péto-sphénoïdal provoquant les symptômes multiples suivants, dits syndrome de Jacod :

1) Les ophtalmoplégies intéressant le plus souvent le nerf oculaire externe à la pointe du rocher, puis le pathétique et le moteur oculaire commun lésés au niveau de la suture sphéno-basilaire ; les nerfs oculo-moteurs sont là séparés les uns des autres, l'ophtalmophégie se complète progressivement.

2) L'atteinte du nerf optique se fait habituellement entre l'angle postéro-externe du sphénoïde, elle se traduit par une atrophie optique à bords nets à type atrophie simple.

3) Une névralgie gassérienne permanente du même côté, le trijumeau étant atteint soit au cours de son trajet pré-ganglionnaire, soit dans la fossette gassérienne elle-même. L'évolution latérale peut se faire également vers les fosses zygomatique et temporale provoquant un trismus ou une otalgie intense et persistante sans altération otoscopique.

Il existe deux sous-variétés de ces cancers à point de départ latéro-cavaire :

a) *Les cancers du pavillon tubaire* ont une symptomatologie et un mode de début à peu près semblables à ce que nous venons de dire, mais les symptômes sont plus souvent auriculaires et nasopharyngiens : symptômes banaux d'obstruction nasale ou de rhinorrhée muqueuse ou purulente tenaces, de coryza chronique ; épistaxis enfin très tardives dans cette forme du pavillon tubaire, surtout en ce qui concerne les sarcomes très fréquents, plus précoces au contraire pour les épithéliomas et les lympho-épithéliomes.

b) *Les cancers du repli tubaire antérieur* décrits par Law et Trotter sont caractérisés par la triade : signes auriculaires, trouble de la motilité du voile, névralgie dans la sphère du nerf maxillaire inférieur. La tumeur fuse fréquemment vers le voile qu'elle immobilise, apparaît dans le pharynx, en-

traînant des troubles de la déglutition et de la phonation, il s'agit là encore habituellement de sarcomes fibroblastiques.

II

La forme à implantation supérieure ou de la voûte

Ces cancers prennent fréquemment leur point de départ sur des reliquats de végétations adénoïdes et le plus souvent il s'agit de lympho-épithéliomes de Regaud ou de lymphocytomes.

Le mode de début est extrêmement variable, le plus souvent ganglionnaire, parfois naso-pharyngien, auriculaire ou oculaire. La forme ganglionnaire très fréquente se manifeste dès le début par une adénopathie cervicale d'apparence primitive, mais manifestement néoplasique, ganglions durs, adhérents, peu mobiles, indolents.

Parfois, il n'existe que des symptômes naso-pharyngés, obstruction nasale, rhinorrhée tenace, coryza chronique, épistaxis.

La forme à début oculaire est plus rare, le malade consulte l'oculiste pour une paralysie d'un oculo-moteur que rien n'explique et qu'aucun traitement n'améliore.

Le début auriculaire se fait comme dans la forme latérale par des signes de catarrhe tubaire sans modification tympanique, non améliorés par le cathétérisme qui provoque parfois une épistaxis ; les bourdonnements ; parfois une otite exsudative. Seul l'examen systématique du cavum peut faire le diagnostic, comme nous le verrons plus loin.

L'extension se fait du haut vers la base du crâne, réalisant une véritable tumeur cérébrale.

Tous les nerfs craniens peuvent être atteints d'un côté (syndrome global des douze nerfs craniens d'un côté, de Garcin) parfois seulement les six premiers nerfs sont atteints, parfois enfin on assiste à l'installation du syndrome pétro-sphénoïdal de Jaccod ou à un véritable syndrome de Gradénigo cancéreux avec paralysie du VI, névralgie du trijumeau et otalgie, mais sans otite.

III

La forme antérieure ou du cadre choanal et du vomer

Cette forme a pour siège le bord postérieur du vomer et le bord supérieur du cadre choanal. Il s'agit le plus souvent de sarcomes fibroblastiques.

Le début se fait par des signes d'obstruction na-

sale, rhinorrhée muqueuse, coryza chronique. L'aspect anatomique en impose parfois pour un polype naso-pharyngien, l'évolution peut être longtemps identique.

L'extension de la tumeur se fait en avant ; les bourgeons cancéreux envahissent la fosse nasale, l'ethmoïde, les sinus maxillaires et sphénoïdaux, ils envahissent aussi l'orbite, provoquant une exophtalmie, une ténionite, un strabisme.

IV

La forme postérieure

Cette forme est plus rare, soit épithéliomas, soit tumeurs de forme histologique variée (voir le chapitre histologie).

Le mode de début est variable, céphalée occipitale, torticolis cervical en imposant pour un mal de Pott cancéreux.

Les radiographies en série, un examen minutieux du cavum sous releveur du voile et la salpingoscopie préciseront les caractères de la tumeur.

ÉTUDE CLINIQUE A LA PÉRIODE D'ENVAHISSEMENT

Les tumeurs malignes du naso-pharynx atteignent les nerfs oculo-moteurs après avoir envahi la base du crâne, provoquent les symptômes d'infiltration de la tumeur dans les régions avoisinantes.

Jacod a insisté sur ces trois voies de pénétration intracranienne de ces tumeurs malignes liées à trois carrefours anatomiques et constituant à la période d'état ou d'extension de ces cancers les trois syndromes suivants :

a) *Le syndrome orbitaire* correspondant à la voie antérieure ;

b) *Le syndrome hypophyso-sphénoïdal* correspondant à la zone moyenne ;

c) *Le syndrome pétro-sphénoïdal* correspondant au carrefour postérieur.

A) *Syndrome orbitaire*

La tumeur envahit largement les fosses nasales et les sinus, déformant par ses prolongements les os

propres du nez, l'unguis, la joue. Les nerfs oculomoteurs sont atteints au niveau de leurs divisions périphériques, il s'ensuit des paralysies parcellaires, groupées de façon très irrégulière.

Puis l'inflammation du globe oculaire et ses annexes, l'atteinte du nerf optique et du nerf ophtalmique dominant la scène.

B) *Syndrome hypophyso-sphénoïdal*

La tumeur atteint les nerfs oculomoteurs dans la région du sinus caverneux. Les troncs nerveux étant étroitement voisins, il existe alors des paralysies totales ou tronculaires.

L'atteinte du trijumeau, en particulier, est fréquente, avec kératite neuro-paralytique, mais en dépit de l'envahissement total de l'hypophyse il n'existe pas de signe d'hyperfonctionnement ou d'insuffisance glandulaire. Le cancer du rhino-pharynx s'oppose à cet égard aux néoplasmes à point de départ hypophysaire (syndrome de la paroi externe du sinus caverneux de Foix et Hautant).

C) *Syndrome pétro-sphénoïdal*

La tumeur, tubaire le plus souvent, émet des prolongements qui s'engainent dans de solides aponeévroses, infiltrent les lymphatiques, les vaisseaux

tubaires et péricubaires, surtout ceux de la trompe d'Eustache osseuse et cartilagineuse, la portion celluleuse de la pointe du rocher, le trou déchiré antérieur.

Elle atteint le nerf optique entre l'angle postéro-externe du sphénoïde, la pointe pétreuse et les orifices de la base du crâne qu'ils délimitent.

Le moteur oculaire externe est le plus souvent touché à la pointe du rocher, le pathétique et le moteur oculaire commun au niveau de la suture sphéno-basilaire.

Les nerfs oculo-moteurs sont à cet endroit séparés les uns des autres, ces paralysies se réalisent donc progressivement pour aboutir à l'ophtalmoplégie totale.

L'atteinte du nerf optique aboutit à la cécité unilatérale avec atrophie optique à type atrophie simple : papille blanche, à bords nets.

Tous ces éléments sont résumés dans la triade du syndrome pétro-sphénoïdal de Jacod :

- surdité de transmission unilatérale précoce ;
- névralgie permanente gassérienne du même côté ;
- atteinte des nerfs oculo-moteurs.

Portmann et Retrouvey, Worms et Carillon, Bonnafon, B.-L. Schiff, pensent que certaines pa-

ralysies non seulement des nerfs oculo-moteurs mais encore du pneumogastrique, du glosso-pharyngien, du spinal, de l'hypoglosse et du sympathique sont en rapport avec une métastase ganglionnaire du cancer naso-pharyngé.

Cette métastase siègerait au niveau du trou déchiré postérieur (syndrome de Vernet), du carrefour condylo déchiré postérieur (Sicard et Collet) ou de l'espace rétro-parotidien postérieur (Villaret).

Mais le plus souvent il existe un envahissement diffus de la base du crâne, cause directe des paralysies.

Ces paralysies oculaires, au cours des syndromes orbitaire et hypophyso-sphénoïdal, permettent d'apprécier l'étendue de la propagation tumorale quelle qu'elle soit, bénigne ou maligne, mais elles sont d'apparition tardive. Par contre, celles qui provoquent le syndrome pétro-sphénoïdal doivent faire penser plus spécialement au néoplasme tubaire ou péritubaire.

ÉVOLUTION

Toutes ces paralysies perdent bientôt leur signification devant la gravité des autres symptômes et devant l'atteinte de l'état général.

Il existe déjà :

— *une exophtalmie*, non réductible, le plus souvent latérale ;

— parfois une *inflammation du globe* ou des annexes ;

— *une ténionite* ;

— *un phlegmon orbitaire* ;

— *une kératite neuroparalytique* par atteinte de la branche supérieure du trijumeau.

Il existe parfois une *névrite optique*, soit névrite rétro-bulbaire, soit papillite.

a) les signes fonctionnels existent seuls ou tout au moins sont prédominants, sans lésion apparente du fond de l'œil réalisant le syndrome clinique plus ou moins pur de la névrite rétro-bulbaire.

b) aux troubles fonctionnels d'intensité varia-

ble s'associent des altérations visibles du fond de l'œil, papille floue, hémorragies, œdème.

Quoiqu'il en soit, névrite rétrobulbaire ou juxta-bulbaire aboutissent le plus souvent à l'atrophie optique.

Parfois même l'état peut se manifester presque d'emblée sous la forme d'une atrophie post-névritique à évolution plus ou moins rapide.

Période terminale

Quelle est la terminaison de ces différentes formes cliniques de la période de début ? Elle nous semble conditionnée par la forme histologique de la lésion, et nous avons déjà insisté sur l'évolution plus ou moins rapide de ces tumeurs suivant les formes histologiques :

Le sarcome fibroblastique à évolution très rapide, non ulcéré, sans adénopathie ni métastase, mais envahit en quelques mois la base du crâne, la mort survenant au cours d'une méningite.

L'épithélioma survient après 40 ans, il est caractérisé par son ulcération et son adénopathie précoces, la rareté des métastases par voie sanguine. L'évolution très rapide, très envahissante, en un an environ.

Le lymphocytome, cancer des sujets jeunes,

est une tumeur parfois ganglionnaire d'emblée, à extension ganglionnaire multiple et rapide, la cachexie s'installant en quelques mois.

Le lympho-épithéliome présente par contre une évolution plus lente, mais avec métastases osseuses et viscérales fréquentes. La durée totale est parfois de 2 ou 3 ans ; la mort survient parfois cependant du fait d'hémorragies répétées, d'une broncho-pneumonie, d'une méningite brutale après destruction de la paroi osseuse du crâne.

OBSERVATION PERSONNELLE

Déjà publiée (mai 1941, Société d'Ophtalmologie de Paris : « A propos d'un cas de tumeur du cavum, note préliminaire à un essai de classification histologique et clinique des tumeurs malignes du cavum », par H. Tillé et Y. Miroux).

Le premier symptôme présenté par notre malade M. L'H..., 31 ans, est une adénopathie cervicale haute, à droite, qu'il présentait depuis quelques mois et pour laquelle il subit en 1936 une intervention chirurgicale (exérèse) suivie de récurrence.

Un mois après, survient une baisse visuelle importante de l'œil droit pour laquelle il consulte un ophtalmologiste.

L'acuité visuelle était alors de :

0,4 à droite,

0,2 à gauche (amblyopie congénitale ancienne sans lésions).

Il existait un rétrécissement concentrique de 10° environ du champ visuel à droite et un scotome central relatif pour les petits index colorés.

La réaction de Bordet-Wassermann étant fortement positive dans le sang, le malade fut traité pour une pie-mérite syphilitique des gaines du nerf optique et soumis à un traitement mercuriel intensif pendant 6 mois.

Les symptômes s'étant aggravés progressivement : baisse visuelle continue, papille décolorée dans son segment temporal, et pensant à la possibilité d'une tumeur de l'étage antérieur du crâne ou d'une sinusite postérieure, des radiographies du crâne furent faites qui ne montrèrent rien de spécial, une ponction du sinus sphénoïdal fut également négative.

Le malade, très amaigri (il a perdu 10 kilos en 2 mois), cachectique et anémique du fait des épistaxis sur lesquelles nous insisterons plus loin, vient nous consulter en Octobre 1936.

Il présente à cette date des signes oculaires (baisse visuelle) et des symptômes douloureux. Ces douleurs sont extrêmement importantes ; il s'agit d'une céphalée occipitale prédominant à droite, continue depuis plusieurs semaines mais avec des crises paroxystiques intolérables non calmées par les analgésiques. Il a aussi des crises douloureuses dentaires du même côté, élancements très violents siégeant au niveau des deux dernières molaires supérieures par-

faitement saines, et un certain degré de trismus.

L'acuité visuelle est de :

$$\text{VOD} = 1/50.$$

$$\text{VOG} = 0.2 \text{ (amblyopie congénitale).}$$

Il existe un strabisme paralytique manifeste dans le domaine du VI droit et il signale que dès le début de sa maladie (au moment de l'intervention sur les ganglions cervicaux), il existait une diplopie intermittente qui a disparu en même temps que l'acuité visuelle diminuait.

La tension oculaire est normale à 18.

Il existe une anesthésie cornéenne portant sur toute la surface cornéenne.

La musculature interne est normale.

Le champ visuel présente toujours un rétrécissement concentrique de 10° environ et un scotome central absolu pour le blanc et les couleurs.

L'examen otoscopique montre un tympan épaissi, nacré, enfoncé, le manche du marteau saillant, peu mobile au spéculum de Siegle (image de catarrhe tubaire).

L'examen labyrinthique (H. Tillé) montre les faits suivants :

1° Labyrinthe antérieur :

surdité unilatérale droite à type mixte, (transmission et réception) à droite, voix haute

perçue à 0 m. 20 à droite, seuls les diapasons 256 vd, 512 vd, 1024 vd sont perçus.

2° Labyrinthe postérieur :

pas de vertiges, pas de nystagmus spontané, pas de tendance à la chute, pas de déviation spontanée, épreuves instrumentales non pratiquées du fait de l'état général.

Concusion : Atteinte du VIII à droite, intégrité du labyrinthe postérieur et des voies labyrinthiques, surdité associée de transmission imputable à l'oblitération tubaire.

Les épistaxis qu'a présentées le malade sont véritablement inquiétantes, abondantes, prolongées, fréquentes ; elles ont déjà nécessité plusieurs tamponnements antérieurs, et nécessiteront en janvier 1937 la ligature de la carotide externe (H. Tillé).

Ce sont en réalité ces épistaxis qui nous ont fait soupçonner, lors de nos premiers examens, l'existence d'un cancer du cavum.

La rhinoscopie antérieure ne montre rien de spécial, si ce n'est l'absence de source hémorragique, mais par contre la rhinoscopie postérieure sous releveur du voile a montré tout de suite une tumeur bourgeonnante, ulcérée, saignant au contact du stylet qui en fait le tour excepté sur la face latérale droite du cavum. Elle remplit la totalité du cavum.

Un fragment est prélevé avec la pince à végétations de Chatellier, fixé au liquide de Bouin ; l'examen histologique (H. Tillé) montre une tumeur formée de cellules allongées, fusiformes, à noyau central, tassées les unes contre les autres, disposées en tourbillons avec lacunes vasculaires à type embryonnaire sans paroi propre, infiltration lympho-plasmocytaire diffuse discrète et en certaines zones réaction inflammatoire aiguë.

Il s'agit donc d'un sarcome fibroblastique.

Les radiographies du crâne (Dr. Gauillard) montrent :

1° en position de Hirtz Vertex-film :

une opacité occupant la région pétro-sphénoïdale droite, empiétant d'une manière diffuse en avant sur le tiers postérieur de l'ethmoïde droit, latéralement sur le sinus sphénoïdal droit, le versant postéro-inférieur du rocher droit, la projection des cellules mastoïdiennes et occupant enfin presque toute la moitié interne de la fosse cérébrale moyenne droite.

2° en position temporo-tympanique :

l'opacité est centrée sur le conduit auditif interne, envahissant en haut la fosse pariétale, en avant la pointe du rocher, en arrière la projection des cellules mastoïdiennes.

3° les positions de face et de profil ne montrent rien de spécial.

Notre malade a été soumis à un traitement radiothérapique et à un traitement de l'état général (petites transfusions).

La radiothérapie a consisté en l'application de dix séances de rayons X pratiquées à Beaujon-Clichy. Ce traitement provoqua la disparition des douleurs pendant environ un mois et une régression de la tumeur cavaire, mais l'état général est toujours inquiétant, ne permettant pour le moment aucune intervention chirurgicale importante ; l'anémie est très marquée, l'amaigrissement et la cachexie sont progressifs.

En Juillet 1937, se produit enfin un syndrome méningé brutal, température à 39°, vomissements, céphalée, raideurs, Kernig, avec coma progressif et exitus le 13 Juillet.

Pas de nécropsie.

En résumé, notre malade présentait un sarcome fibro-blastique du cavum, à début d'une part ganglionnaire cervical haut homolatéral, d'autre part début oculaire, atteinte du nerf optique droit, du moteur oculaire externe droit et du trijumeau droit au niveau du carrefour pétro-sphénoïdal, débordant à la radiographie ce carrefour pétro-sphénoïdal. At-

teinte progressive de l'état général par anémie post-épistaxique et cachexie ; exitus enfin au cours d'une méningite diffuse brutale.

L'évolution a duré au total un an et demi, sans que le traitement radiothérapique isolé n'ait fait autre chose que d'amener une sédation très momentanée des douleurs et une diminution passagère du volume du cancer du cavum.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF :

Si les signes cliniques du début, et la recherche systématique de la tumeur du cavum, nous ont mis sur la voie du diagnostic, ce dernier n'a pu être précisé que par un examen rhinologique spécial.

La *rhinoscopie antérieure* ne suffit pas.

La *rhinoscopie postérieure* doit la compléter dans tous les cas, soit avec le miroir à rhinoscopie postérieure, soit avec le salpingoscope, soit sous releveur du voile, soit les trois méthodes associées.

Cet examen doit être pratiqué après anesthésie du pharynx et du voile ; on fera : 1° un badigeonnage sur la face antérieure et postérieure du voile avec une solution de cocaïne à 1 p. 20 ; 2° une injection de novocaïne à 3 ou 4 % au niveau des trous palatins postérieurs. On met alors en place le releveur du voile qui permet de déterminer l'aspect et le volume, la consistance au stylet, le point d'implantation de la tumeur, l'existence ou non d'ulcé-

ration. On fera une biopsie avec une pince à végétation de Chatellier.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

On devra enfin éliminer les autres affections du cavum.

1° le polype choanal de Killian : aspect de polype lisse à contenu mucoïde, et surtout

2° les végétations adénoïdes,

3° le fibrome naso-pharyngien.

Les végétations adénoïdes, chez l'enfant, siègent à la voûte pharyngée ou dans les fossettes de Rosenmüller, proliférations molles, lisses, inégales, vallonnées.

Elles peuvent être groupées en une tumeur médiane et circonscrite, ou au contraire étalées, diffuses et disséminées dans tout le cavum.

Le fibrome naso-pharyngien survient chez le jeune ; rarement après 22 ans. Le point de départ est choanal, pédiculé, non ulcéré, il n'y a jamais d'adénopathie ; si cliniquement le caractère du fibrome naso-pharyngé est envahissant, il est cependant anatomiquement bénin. Il s'agit en effet d'un angio-fibrome bénin et non d'une tumeur maligne.

La tuberculose, les gommes syphilitiques et actino-mycosiques sont très rares au cavum. Le diagnostic sera fait par les différents examens de laboratoire : biopsie, inoculation au cobaye, cultures en milieu de Sabouraud, examens sérologiques.

Le diagnostic des formes cliniques est souvent difficile et il est même quelquefois impossible macroscopiquement de faire la différence entre des végétations hypertrophiées, un lymphocytome ou un lympho-épithéliome au début.

La biopsie et l'examen histologique pourront seuls permettre, répétons-le, d'assurer et de préciser le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces différentes formes.

TRAITEMENT

L'apparition d'une complication oculaire indique une extension déjà importante de la tumeur et rend déjà très incertaine une exérèse chirurgicale associée ou non au radium et aux rayons X.

Hauser et Brownell ont utilisé les irradiations externes par roëntgenthérapie ; 200 à 400 r. par jour pendant quatre à six semaines et par plusieurs portes d'entrée jusqu'à tolérance de la peau.

Dans un cas à globes cornées, ils ont fait agir 2.500 mg heure sur la tumeur en plaçant les aiguilles chargées d'émanation dans le sinus sphénoïdal.

Leur statistique donne deux guérisons sur cinquante-cinq cas.

Halphen et Wallon notent la régression de la tumeur et des paralysies sous l'influence de la curiethérapie in situ d'abord par des sondes intra-nasales, ultérieurement complétée par un appareil de surface.

Gardham insère des aiguilles dans la tumeur après l'avoir découverte par résection ostéoplastique du maxillaire supérieur (méthode de Trotter).

Joseph C. Beck-Lhenz, associe *radium* et rayons X.

Pour Jacod radiothérapie et roentgenthérapie associées ou isolées semblent peu efficaces, il préconise la méthode suivante :

Au préalable, *stérilisation* par la radiothérapie du paramètre tumoral, des lymphangites périphériques, des petits ganglions du premier relai basocranien afin de diminuer les dimensions du néoplasme et le ramener à son point d'implantation. L'exérèse peut alors être économique, en passant par la voie transmaxillaire du côté opposé, afin d'aborder la tumeur de face et éviter les difficultés d'intervention par la cavité naso-pharyngée. Il est assez difficile, d'après lui, de choisir le moment favorable de l'exérèse ; pas trop tôt, afin d'obtenir une action suffisante des rayons, mais pas trop tard pour que les éléments stérilisés n'aient pu reprendre leur évolution. En pratique, il conseille d'opérer les ganglions 25 jours après la fin de la radiothérapie, et la tumeur 40 jours après.

A. Canuyt et A. Bigorre, ont recours aux agents physiques seuls. Ils font des applications de *radium*

in situ dans le cavum, au moyen d'un coussin de gaze sur lequel les tubes radifères sont amarrés. Dans un deuxième temps, ils préconisent la *radiothérapie profonde* pour agir non seulement sur la tumeur mais sur les relais lymphatiques.

Enfin, la tendance actuelle est d'utiliser dans l'épithélioma et les tumeurs radio-résistantes, *l'exérèse de la tumeur au bistouri électrique*, la voie d'abord est la rhinotomie classique paralatéronasale et Jacod conseille au lieu d'une rhinotomie homolatérale, une large voie d'abord transfaciale du côté opposé. Les ganglions seront enlevés chirurgicalement. L'intervention est suivie d'applications d'*aiguilles de radium intratumorales* avec traitement secondaire par les rayons X des régions crâniennes et cervicales, et des métastases ganglionnaires.

Devant les innombrables échecs chirurgicaux, certains auteurs utilisent actuellement la *curiethérapie* à la manière de *Canuyt et Sargnon*, les tubes de radium étant portés au contact de la tumeur sur une sonde caoutchoutée, ou amarrés à un tampon mis en place suivant la technique habituelle du tamponnement postérieur. On peut administrer par exemple 20 millicuries en 2 séances de 48 heures, et traiter les récidives éventuelles par diathermocoagulation

sous releveur du voile (électrode monopolaire antidérapiante).

En résumé, les résultats sont fréquemment décevants, les récidives locales, ganglionnaires ou osseuses sont habituelles.

PRONOSTIC

La gravité du pronostic est mise en évidence par la faible proportion de guérisons datant de plus de 5 ans relevées dans la littérature.

Nous avons pu noter 10 cas seulement de guérison sur 110 cas dont on a pu suivre l'évolution.

Lhez groupe 15 cas, Nectoux 10, Jacod 4, tous traités par la chirurgie et le radium, mais avec seulement une amélioration plus ou moins prolongée.

Hauser et Brownel, sur 55 cas traités presque tous par la roëntgenthérapie, disent avoir guéri pendant 8 ans et demi un adénocarcinome du cavum.

Ferreri obtient une guérison clinique de 5 ans d'un fibro-sarcome traité par plusieurs séances de radiothérapie.

Kohler, en 1936, étudie, grâce à la skiagraphie, la pénétration d'un épithélioma spino-cellulaire dans les fosses cérébrales moyenne et postérieure. Il le soumet de temps en temps, depuis 9 ans, à la curiethérapie. Malgré la destruction très étendue de l'os pétreux, le facial est intact ; le malade vit avec une paralysie du II, III, VIII, IX, une hémiparalysie

du voile et du XII sans atteinte des vaisseaux endocraniens.

MICHL (1936) publie trois cas de guérison de lympho-épithéliomes du cavum, dont un à propagation naso-ethmoïdale, traités par la chirurgie suivie de radiothérapie.

Cappell enfin, en 1938, sur 21 lympho-épithéliomes traités par le radium, note quatre survies de plus de 5 ans.

CONCLUSIONS

I. — *Les cancers du cavum*, non compris les tumeurs anatomiquement bénignes, sont relativement assez fréquents. Nous avons trouvé environ 100 cas décrits dans la littérature, mais la fréquence de ces tumeurs semble en réalité plus grande qu'on ne croit depuis que se sont perfectionnées les méthodes d'investigation, d'éclairage et de radiographie de la région du cavum. La propagation de ces tumeurs se fait le plus souvent vers la région oculaire, produisant des paralysies oculomotrices dans presque tous les cas, mais à un stade variable de la maladie, soit symptôme précoce révélateur, soit symptôme tardif.

C'est dire l'importance de préciser dans nombre d'affections oculaires (atteintes du VI, du V, du III, du IV, du nerf optique, ténionite, exophtalmie) une telle étiologie qui comporte un pronostic et un traitement spéciaux.

II. — *L'aspect clinique* dépend de la voie de propagation de la tumeur, soit vers l'orbite, vers le carrefour hypophyso-sphénoïdal et pétro-sphénoïdal, soit enfin vers les régions cervicales basses, et surtout de la forme histologique des tumeurs.

III. — *L'Evolution* est naturellement variable suivant l'action du traitement, certaines tumeurs radio-sensibles étant susceptibles d'une évolution très prolongée ou même d'une guérison définitive, d'autres, c'est le cas pour notre observation personnelle, évoluant vers la mort du fait, soit d'une propagation intracrânienne méningée, soit de métastases ganglionnaires et viscérales, etc.,

IV. — Il est très difficile dans l'état actuel de la bibliographie, de faire une statistique exacte des formes histologiques. Il nous a cependant semblé que les tumeurs les plus fréquentes étaient les épithéliomas à globes parakératosiques, les lympho-épithéliomes, les sarcomes fibroblastiques.

V. — *Le diagnostic* est en pratique souvent difficile ; on ne pense jamais, en présence d'une mani-

festation clinique isolée ou groupée d'une tumeur du cavum, à une tumeur du cavum et il n'est pas rare de voir ces malades traités pendant plusieurs semaines, plusieurs mois ou plusieurs années, pour une manifestation oculaire ou cervicale, de toute autre cause (syphilis, tuberculose, infections variées).

Il suffit par contre d'y penser pour confirmer un diagnostic positif, d'une part à l'aide de la rhinoscopie postérieure, d'autre part de l'examen histologique.

VI. — *Le traitement* est : 1) chirurgical, 2) radiothérapique, 3) curiethérapique, 4) mixte.

Suivant les cas, on fera d'abord l'exérèse au bistouri électrique de la tumeur du cavum, ou l'application d'aiguilles de radium intratumorales, le traitement par les rayons X étant appliqué secondairement au niveau des régions craniennes et cervicales, ou sur les métastases éventuelles. Certaines tumeurs seront traitées par la curiethérapie seule, d'autres par la radiothérapie seule. Il existe de nombreux cas d'améliorations plus ou moins passagères portant surtout sur les douleurs. Nous avons cependant retrouvé dans la littérature 10 cas de guérison de plus de 5 ans ; il s'agissait presque dans tous les cas

de lymphocytomes et de lympho-épithéliomes, tumeurs particulièrement radio-sensibles traitées précocement par la chirurgie suivie de radiothérapie ou par la radiothérapie seule.

Vu : *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

Vu : *Le Président,*
VELTER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Doyen de la Faculté des Sciences,
chargé des fonctions de Recteur de l'Université,
MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx (*Bulletin d'oto-rhino-laryngologie*, mars 1912).
- BARANGER. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx (*Thèse de Paris*, 1926).
- BERTOIN. — Formes de début des tumeurs malignes du naso-pharynx (*An. d'oto-laryng.*, 1929, p. 982).
- BIGORRE (A.). — Tumeurs malignes du naso-pharynx (Lyon, 1938).
- BONNAFON. — *Revue hebdomadaire d'otologie*, mai 1932.
- CANUYT. — Considérations sur le traitement du cancer du naso-pharynx (*An. d'oto-laryng.*, 1937, p. 756).
- CAPPELL (D.-F.). — La pathologie des tumeurs naso-pharyngées (*Journal of laryngol.*, Septem. 1938, p. 558-580).
- CHRISTOPHLE. — La voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx (procédé de J.-L. Faure) (*Thèse de Paris*, 1903-1904).
- CITELLI. — Ueber zehn Fälle von primären malignen Tumores Nasenrächens (*Zeitschrift für Laryngologie*, 1912, band 4).

CLAOUÉ et VANDENBOSSCHE. — Chirurgie des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx, du larynx (Paris, 1916)

COLLET et REBATTU. — Etude de la propagation intracrânienne des tumeurs du pharynx (*Arch. Internat. d'O.R.L.*, 1923, p. 951).

COLLET et SICARD. — *An. d'oto-laryng.*, 1934, p. 53.

COMPAIRED. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx (*Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie*, septembre-octobre 1905).

G. DIDIER. — Le syndrome du trou déchiré postérieur dans les néoplasies naso-pharyngées (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 21 novembre 1920).

J. et L. DUCUNG. — Technique de l'éradication des fibromes naso-pharyngiens (*Presse Médicale*, 29 octobre 1912).

M. DURAND. — Ablation d'un cancer du naso-pharynx par résection temporaire du massif maxillo-malaire (*Société de Chirurgie de Lyon*, 19 décembre 1907; in *Lyon Médical*, 9 février 1908).

DUVERGER. — De la voie trans-maxillo-nasale dans les interventions sur l'arrière-cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx (*Thèse de Bordeaux*, 1904-1905).

FERRERI. — Syndrome facio-vestibulaire de tumeur cranio-pharyngée (*An. d'oto-rhino.*, 1931).

FERRERI. — Trattamento e prognosi dei tumori maligni delle fosse nasali e dell' epifaringe (*Congrès international de médecine de Londres*, 1913, et *Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie*, 1914).

- GARCIN. — Le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens (*Thèse, Paris, 1927*).
- GARDHAM. — Tumeur infiltrante de la base du crâne (*British Journal of Surgery*, Oct. 1929, n° 66, p. 242-263).
- CRANEDIGO. — *An. d'oto-laryng.*, 1934, p. 53.
- HALPHEN et WALLON. — Présentation après radiumthérapie d'un cas de cancer du cavum (*An. d'oto-laryng.*, Paris 1936, p. 1186).
- HALLADE. — Cancer de la partie supérieure du pharynx (*Thèse de Paris, 1880*).
- HAUSER (J.) et BROWNELL. — Congrès américain 1938 (*An. d'oto-laryng.*, 1939, p. 296).
- HAUTANT. — Cancer du naso-pharynx, 89^e Session de laryngologie de l'Ass. méd. Américaine (*An. d'oto-laryng.*, 1939, p. 269).
- JACOD. — Sur la propagation intracrânienne des sarcomes de la trompe d'Eustache (*Rev. neur.*, mars 1921).
- JACOD. — Les paralysies oculo-motrices dans le cancer nasopharyngien (*An. d'oto-laryng.*, mai 1933, p. 399).
- JACOD. — Sur les sarcomes de la trompe d'Eustache cartilagineuse (*Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*, 1914, et *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 31 août 1915).
- JACOD. — Sur la propagation intracrânienne particulière aux sarcomes de la paroi latérale du naso-pharynx (*Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1920).

JACQUES et BERTEMÈS. — Deux cas de tumeurs malignes du rhino-pharynx (*Bulletin d'oto-rhino-laryngologie*, 30 décembre 1903).

JUMENTIÉ. — *Thèse de Paris*, 1911.

KELSEY et BROWN. — Malignant tumors of the naso-pharynx (*Annals of otology*, 1913).

KOHLER. — Tumeur du rhino-pharynx à propagation endocranienne (casopis cekaru ceskych, 1935, n° 44, 45) (*An. d'oto-laryng.*, 1936, p. 164).

LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. Paris 1908.

LANNOIS et MOLINIÉ. — Syndrome spontané des quatre derniers nerfs craniens chez un opéré de mastoïdite (*Société médico-chirurgicale militaire de la XIV^e Région*, 27 juillet 1918, in *Lyon Médical*, avril 1919).

LANNOIS et SARGNON. — Radiumthérapie dans les tumeurs en oto-rhino-laryngologie (Rapport au *Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1920).

LARY. — *Société Française d'oto-laryng.*, Janvier 1922.

LAVAL. — Des tumeurs malignes du naso-pharynx, étude clinique (*Thèse de Toulouse*, 1903-1904).

Edw. LAW. — Surdité et troubles de l'oreille droite comme premiers symptômes d'un épithéliome partant de la trompe d'Eustache droite (*Société royale de médecine de Londres*, 5 février 1910).

Edw. LAW. — Epithélioma de la trompe d'Eustache (*Société royale de médecine de Londres*, 17 février 1911).

LAW et TROTTER. — *An d'oto-laryng.* Paris, Mai 1933, p. 403.

- LAWNER. — Tumeurs de la région de l'orifice pharyngien de la trompe (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*), 1913.
- LHEZ. — Thèse, Lyon, 1932.
- LYONNET et REGAUD. — Les fosses nasales et leurs sinus. Rueff, édition 1901, p. 333.
- MARSHIK. — Die Pâthologie und Therapie der malignen Tumoren der Nase und des Nasenrachenraumes (*Congrès international de médecine de Londres*, 1913).
- MARTÈNE. — La radiumthérapie dans les tumeurs malignes du nez, des sinus et du nasopharynx (*Thèse de Lyon*, 1919-1920).
- MICHL (Brno). — Les lympho-épithéliomes des voies respiratoires supérieures (casopis cekaru ceskych, 1933, n° 79). (*An. d'oto-laryng.*, 1936, p. 646).
- NECTOUX. — Tumeurs malignes du naso-pharynx à point de départ péricubaire. (*Thèse, Lyon*, 1921).
- NORCROSS. — Intramural malignant tumor of the lateral wall of the naso-pharynx (*Annals of otology*, 1916).
- OPPIKOFER. — Ueber die primären malignen Geschwülste des Nasenrachenraumes (*Archiv für Laryngologie*, 1913).
- PATTERSON. — Remarks on the diagnosis and treatment of various conditions met with in the naso-pharynx (*The practitioner*, octobre 1913).
- PAULIAC. — Contribution à l'étude des sarcomes du nasopharynx (*Thèse de Paris*, 1911-1912).
- REGAUD et SCMINCKE. — *An. d'oto-laryng.*, 1939, p. 296.

J. ROUX. — Polypes naso-pharyngiens. Opération préliminaire. Procédé par écartement des os maxillaires supérieurs (*Gazette des Hôpitaux*, 30 juillet 1861).

SARGNON. — In *Thèse Lhez, Lyon*.

SCHIFF (B.-L.). — *Thèse de Montpellier*, 1932.

SENDZIAK. — Tumeurs malignes des sinus, du nez et de la cavité naso-pharyngienne (*Archives internationales d'otorhino-laryngologie*, 1913).

SOUCY. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives du naso-pharynx (*Thèse d'Alger*, 1910-1911).

SPANGENBERG. — Ueber die Endotheliome des Nasenrachenraumes (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, 1912, band 87).

TERRACOL et BONNAFON. — *Revue hebdomadaire d'otologie*, Mai 1932.

H. TILLÉ. — Voir WORMS.

H. TILLÉ et Y. MIROUX. — S.O.P., mai 1941. A propos d'un cas de cancer du cavum. Note préliminaire à un essai de classification histologique et clinique des tumeurs malignes du cavum, et *Annales d'oculistique*, 1941.

H. TILLEY. — Malignant tumour of the naso-pharynx associated with deafness, neuralgia and weakness of the levator palati (*Société royale de médecine de Londres*, 17 nov. 1911. — *Congrès international d'otologie*, Boston, 1912. — *Congrès international de médecine de Londres*, 1913).

- W. TROTTER. — On certain clinically obscure malignant tumours of the naso-pharyngeal wall (*British Medical Journal*, 28 octobre 1911. — *Société royale de médecine de Londres*, 17 février et 17 novembre 1911. — *Société médicale de Londres*, 8 mai 1911).
- M. VERNET. — Les paralysies laryngées associées (*Thèse de Lyon*, 1915-1916).
- M. VERNET. — Syndrome du trou déchiré postérieur (*Revue neurologique*, novembre-décembre 1918).
- VERNET. — *An. d'oto-laryng.*, 1934, p. 53.
- VILLARET. — *An. d'oto-laryng.*, 1934, p. 53.
- WORMS et CARILLON. — *Revue d'oto-neurol. Oph.*, Mars 1930.
- WORMS et DELATER. — Destruction totale de l'hypophyse par tumeur d'origine rhino-pharyngée sans syndrome dit hypophysaire (*Rev. neurol.*, Sept. 1925, p. 361).
- WORMS et TILLÉ. — *Traité d'ophtalmologie. Masson* 1939. Tome VI, p. 504.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
HISTORIQUE	17
Anatomie pathologique et histologie	21
Etude clinique à la période de début	25
Etude clinique à la période d'envahissement	31
Evolution	35
Observation personnelle	39
Diagnostic	47
Traitement	51
Pronostic	55
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	61



